

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-2941



July 24, 1996

Medi-Cal Eligibility Branch Information Letter No.: I-96-25

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons

TRANSMITTAL OF THE SPANISH VERSION OF THE SAWYER REIMBURSEMENT APPLICATION

Ref.: All County Welfare Directors Letter (ACWDL) 96-32

This ACWDL will transmit to counties the Spanish version of the Sawyer Reimbursement Application for use when implementing the Phase II, Sawyer Policy and Procedures described in ACWDL 96-32. This Spanish version should be added to Exhibit C of 96-32. Counties may make duplicates of this form as needed. For a description of the function of the Sawyer Reimbursement Application, see Section IV of 96-32.

Please direct questions to Dave Rappolee of my staff at (916) 657-0163.

Sincerely,

Original signed by

Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

SOLICITUD DE REEMBOLSO SAWYER

¿Estuvo usted inscrito en Medi-Cal a partir de julio de 1992 hasta abril de 1994 como miembro de una familia bajo el programa Parte del Costo de Medi-Cal y con por lo menos un niño, o donde una mujer de la familia estuvo embarazada? Si es así, durante este tiempo ¿recibió usted u otra persona de su unidad familiar para fines del presupuesto de Medi-Cal, Indemnización Temporal por Incapacidad (TDI)? Los pagos de TDI se otorgan debido a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si usted puede contestar sí a estas preguntas, usted puede recibir dinero mediante la presentación de esta solicitud si se le considera elegible. Esto se debe a que el programa de Medi-Cal no consideró su TDI como ingreso de trabajo. El dinero que usted reciba como resultado de esta solicitud no contará como contribución al programa Parte del Costo de Medi-Cal. Para ser considerado para este beneficio de dinero debe completar y entregar esta solicitud a la oficina de asistencia pública de su condado a más tardar el día 31 de octubre de 1996.

Para propósitos de esta solicitud proporcione la siguiente información:

SSN = Número de Seguro Social; DOB = Fecha de Nacimiento; TDI = Indemnización Temporal por Incapacidad.

Nombre _____ SSN _____ Edad _____

Número de Teléfono _____ DOB _____

Dirección Actual _____

Nombre de la persona que recibió TDI _____ SSN _____ DOB _____
(Si es otra persona que no sea usted)

Indique el período de tiempo aproximado en el que recibió TDI: Empezando en mes/año _____ Terminando en mes/año _____

Indique el período de tiempo aproximado que estuvo en Medi-Cal bajo el programa Parte del Costo (SOC): Empezando en mes/año _____ Terminando en mes/año _____

Durante este período, ¿Tuvo hijos, estuvo embarazada, o era menor de edad (menor de 21 años)? Sí _____ No _____

Durante este período, la persona que recibió TDI tenía 65 o más años de edad, estaba ciego o incapacitado? Sí _____ No _____

Durante el tiempo que estuvo bajo el programa de Medi-Cal y recibiendo TDI, ¿en qué condado/s estuvo viviendo? : _____

Declaro bajo pena de perjurio que yo soy el solicitante que ha completado esta forma y que la información que he proporcionado es verídica:

Firma _____
Fecha _____